

Alkoholizm i Narkomania 2014, Tom 27, nr 1, 19–29

© 2014, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Artykuł oryginalny/Original article

Analiza struktury i częstości przyjęć pacjentów w stanie zatrucia alkoholem na przykładzie dwóch lubelskich szpitali

An analysis of the structure and frequency of admissions with alcohol intoxication – a study of two hospitals in Lublin

Ewa Rudnicka-Drożak, Patrycja Misztal-Okońska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego

Abstract – Introduction. On June 30th 2002 the sobering station in Lublin was closed as part of public spending cuts. Currently, the city lacks an appropriate facility to provide care for intoxicated individuals. The aim of the work was to investigate the proportion of alcohol intoxicated patients admitted to the Admission Room/Hospital Emergency Department (AR/HED) before the sobering station in Lublin was closed in 2002, and a decade later in 2011.

Method. The research method comprised an analysis of medical records from the emergency department and admission room of two hospitals in Lublin. In each hospital the records from 4 selected months (January, April, July, and October) were examined. Of the 8625 patient admission cards from AR and HED, 772 records in a state of alcohol intoxication were selected (215 records from 2001 and 2002, and 557 records from 2011), and were analysed in the second stage of the research.

The target group of patients was identified with the use of medical diagnostic codes ICD-10: F10.0 (acute intoxication due to use of alcohol) and T51 (the toxic effect of alcohol) to define the principal diagnosis or comorbidity, or according to a doctor's explicit annotation in medical records stating that the patient was intoxicated. The obtained research results were statistically analysed. The database and statistical analysis was carried out by means of the STATISTICA 10.0 software (StatSoft, Poland).

Results and conclusions. Statistical analysis showed that after June 30th 2002 and in 2011, the frequency of the admissions of patients with alcohol intoxication was significantly higher than in 2001 and 2002, i.e. before the sobering station was closed. The research indicated that not all individuals in a state of insobriety required advanced medical intervention in a hospital emergency department, 72 patients were kept in for observation only, and the majority (232 patients) were only administered an intravenous

Finansowanie: praca powstała dzięki wsparciu finansowemu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach środków na utrzymanie potencjału badawczego oraz rozwoju młodych naukowców i doktorantów, nr MNsd622.

Financial support: This study was supported by the grant of the Ministry of Science and Higher Education No MNsd622.

Nie występuje konflikt interesów. *No conflict of interest declared.*

Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*. *No ghostwriting and guest authorship declared.*

saline solution. A large group of patients admitted in a state of alcohol intoxication left the hospital unauthorised (41.97%) without doctor's consent. The reopening of the sobering station in Lublin could relieve patient traffic in hospital emergency departments and admission rooms.

Key words: alcohol, emergency department, admission room, sobering station

Streszczenie – Wprowadzenie. Dnia 30 czerwca 2002 roku w ramach ograniczania wydatków publicznych została zamknięta izba wytrzeźwień w Lublinie. Aktualnie brak jest właściwej jednostki powołanej do opieki nad osobami znajdującymi się w stanie upojenia alkoholowego. Celem pracy było zbadanie jak kształtował się odsetek pacjentów w stanie zatrucia alkoholem, przyjmowanych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym (IP/SOR) przed zamknięciem w 2002 r. izby wytrzeźwień w Lublinie, a jak – dekadę później w 2011 roku.

Metoda. Metodą badawczą zastosowaną w pracy była analiza dokumentacji medycznej ze szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć dwóch lubelskich szpitali. W każdym szpitalu przebadano dokumentację z 4 wybranych miesięcy (stycznia, kwietnia, lipca i października). Spośród 8625 kart przyjęć pacjentów z IP oraz SOR wyłoniono 772 karty pacjentów w stanie zatrucia alkoholowego (215 kart z lat 2001 i 2002 oraz 557 – z 2011 roku), które w drugim etapie badań objęto analizą. Poszukiwana grupa pacjentów była identyfikowana poprzez lekarskie kody diagnostyczne ICD-10: F10.0 (ostre zatrucie spowodowane użyciem alkoholu) i T51 (efekt toksyczny alkoholu), traktowane jako rozpoznanie główne lub współistniejące, lub też na podstawie wyraźnej adnotacji lekarza w dokumentacji medycznej informującej, że pacjent znajdował się w stanie upojenia alkoholowego. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przy tworzeniu bazy danych i w badaniach statystycznych posługiwano się oprogramowaniem komputerowym STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki i wnioski. Analiza statystyczna wykazała, że po 30 czerwca 2002 roku oraz w roku 2011 istotnie częściej przyjmowani byli pacjenci z powodu zatrucia alkoholem, niż w latach 2001 i 2002, przed zamknięciem izby wytrzeźwień. Jak wynika z badań nie wszystkie osoby w stanie upojenia alkoholowego wymagały interwencji medycznej w szpitalnym oddziale pomocy doraźnej – tylko 72 pacjentów pozostawiono na obserwacji, większości (232 pacjentom) podano jedynie dożylny płyn wieloelektrolitowy. Liczna grupa pacjentów opuściła szpital samowolnie (41,97%), bez zgody lekarza. Przywrócenie izby wytrzeźwień w Lublinie mogłoby odciążyć szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć.

Słowa kluczowe: alkohol, szpitalny oddział ratunkowy, izba przyjęć, izba wytrzeźwień

WPROWADZENIE

W Polsce przed II wojną światową znajdowanie się w miejscu publicznym w stanie nietrzeźwym traktowane było jak wykroczenie, osoby takie zatrzymywała policja. Niektóre z nich w wyniku ciężkiego zatrucia alkoholem lub urazów wymagały pomocy medycznej, której komisariaty nie były w stanie udzielić. W związku ze zdarzającymi się zgonami osób nietrzeźwych, zatrzymanych w areszcie z powodu zakłócania porządku publicznego, powstała koncepcja zorganizowania izb wytrzeźwień.

Izby wytrzeźwień powołano w Polsce w 1956 roku, a w latach 90. było ich ok. 64, jednak w roku 2001 liczba placówek spadła do 53, w kolejnych latach utrzymywał się już ten trend spadkowy [1, 2].

Izba wytrzeźwień pełni szereg funkcji, których celem jest przeciwdziałanie nadużywaniu alkoholu, czego szpitalne oddziały pomocy doraźnej nie są w stanie spełniać i nie mają tego w założeniu. Do zadań izb wytrzeźwień należy m.in. udzielanie

pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, opieka nad osobami pozostającymi pod wpływem alkoholu, udzielanie im świadczeń higienicznych i sanitarnych, informowanie o szkodliwości nadużywania alkoholu, zachęcanie oraz motywowanie do podjęcia leczenia odwykowego, a także – jeżeli izba ma odpowiednie pomieszczenie, wyposażenie i odpowiednio wykwalifikowany personel – prowadzenie detoksykacji osób wyrażających na to zgodę [3]. **Szpitalny oddział ratunkowy** jest jednostką organizacyjną powołaną do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia [4]. Natomiast **izba przyjęć** to placówka, za pośrednictwem której przyjmuje się pacjentów do szpitala, wykonuje doraźne zabiegi oraz udziela doraźnej pomocy ambulatoryjnej [5].

W myśl art. 40. ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „Osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do **izby wytrzeźwień, podmiotu leczniczego lub innej właściwej placówki** utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do **miejsca zamieszkania lub pobytu**” [6].

W Lublinie uchwałą Nr 1494/L/2002 z 6.06.2002 r. w ramach ograniczania wydatków publicznych została dnia 30 czerwca 2002 roku zamknięta izba wytrzeźwień [7]. Powodem były zbyt wysokie koszty utrzymania – aby izba mogła funkcjonować miasto musiało dopłacać ok. 800 tys. złotych rocznie [8]. Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w 2012 r. średni koszt pobytu w izbie wytrzeźwień wynosił 263,24 zł na osobę, z czego w pięciu miastach koszt ten wahał się w granicach od 363,20 zł do 490,26 zł [2].

Wraz z likwidacją izby wytrzeźwień, problem opieki nad osobami w stanie upojenia alkoholowego w Lublinie nie zniknął, lecz przeniósł się na inne jednostki samorządu terytorialnego. Wśród tych placówek znalazły się szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, które rozliczane są w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego. Narodowy Fundusz Zdrowia wypłaca szpitalowi stałą kwotę ustaloną w trakcie kontraktowania świadczeń [9]. Koszt utrzymania takiej jednostki pozostaje wobec tego niezmienny.

W związku z powyższym nasuwają się pytania: 1. dlaczego koszt utrzymania lubelskiej izby wytrzeźwień był tak wysoki, 2. czy szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć są właściwszym od izb wytrzeźwień miejscem dla osób w stanie intoksykacji alkoholowej oraz 3. czy czynnik ekonomiczny powinien być w tej sprawie najważniejszy i decydujący.

Celem pracy było zbadania jak kształtował się odsetek pacjentów w stanie zatrucia alkoholem, przyjmowanych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w Lublinie (IP/SOR) przed zamknięciem w 2002 roku izby wytrzeźwień, a jak dekadę później w 2011 roku.

MATERIAŁ I METODA

Metodą badawczą zastosowaną w pracy była analiza dokumentacji medycznej. Badania prowadzono na terenie dwóch lubelskich szpitali:

1) Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego (SPSK) nr 1 w Lublinie – wybranego ze względu na położenie w ścisłym centrum miasta (w pobliżu barów, dyskotek, jadłodajni dla bezdomnych itp.) oraz 2) Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego (SPSW) im. Jana Bożego w Lublinie – wybranego z powodu funkcjonowania w nim oddziału toksykologii. Analizowana dokumentacja medyczna pochodziła z 4 wylosowanych miesięcy: stycznia, kwietnia, lipca i października. Z 2001 roku pochodziła dokumentacja z izby przyjęć (IP) SPSK nr 1, z 2002 roku – z izby przyjęć (IP) SPSW im. Jana Bożego; dokumentację z 2011 roku badano z IP SPWS im. Jana Bożego i SOR SPSK nr 1. Łącznie przeanalizowano 8 625 kart pacjentów z IP oraz SOR, z czego 772 karty dotyczyły osób w stanie zatrucia alkoholem (8,96%). W drugim etapie badań skupiono się na analizie 772 kart, z czego 215 kart pochodziło z lat 2001 i 2002, a 557 – z 2011 roku.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, a niemierzalnych – za pomocą liczności i odsetka.

W przypadku niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 .

Przyjęto, że poziom istotności $p < 0,05$ wskazuje na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Przy tworzeniu bazy danych i w badaniach statystycznych posługiwano się oprogramowaniem komputerowym STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie (SPSW im. Jana Bożego) w badanym okresie *posiadał Oddział Toksykologii*, w związku z tym pacjenci z różnego rodzaju zatruciami (w tym z zatruciem alkoholowym) byli kierowani głównie do izby przyjęć tego szpitala. Analizowano dokumentację medyczną ogólnej izby przyjęć z lat 2002 i 2011. Pacjentów przyjmowanych z powodu zatrucia alkoholem identyfikowano za pomocą lekarskich kodów diagnostycznych ICD-10. Wskaźnikiem wizyty było rozpoznanie jako podstawowej diagnozy lekarskiej – ostrego zatrucia spowodowanego użyciem alkoholu kod F10.0 lub efektu toksycznego alkoholu kod T51.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie (SPSK nr 1) *nie posiadał Oddziału Toksykologii*. Analizowano dokumentację medyczną izby przyjęć z 2001 roku oraz szpitalnego oddziału ratunkowego z 2011 roku. Pacjentów przyjętych z rozpoznaniem głównym T51 i F10.0 według ICD-10 zidentyfikowano niewielu, jednakże grupy te stwierdzono u wielu pacjentów jako rozpoznanie współistniejące. Do badanej grupy kwalifikowani byli również pacjenci, w których dokumen-

tacji medycznej lekarz wyraźnie stwierdził, że znajdowali się w stanie upojenia alkoholowego (np. „pacjent pod znacznym wpływem alkoholu, kontakt niemożliwy”, „brak współpracy z pacjentem, pacjent nietrzeźwy”, „pacjent agresywny, wulgarny, w stanie upojenia alkoholowego”).

WYNIKI BADAŃ

Spośród 8 625 kart pacjentów z IP oraz SOR, 772 karty (8,96%) należały do pacjentów będących w stanie zatrucia alkoholowego, z czego 215 kart pochodziło z lat 2001 i 2002, a 557 – z 2011 roku. Procentowy wykaz zidentyfikowanej dokumentacji medycznej pacjentów w stanie zatrucia alkoholem, dokumentacji, która jest przedmiotem analizy (w rozbiciu na oddziały i lata) został przedstawiony w tabeli 1.

Z badań wynika, że we wszystkich badanych okresach pacjenci z zatruciem alkoholowym istotnie częściej byli przyjmowani do SPSW im. Jana Bożego, niż do SPSK nr 1 ($p < 0,000001$). W 2011 roku obserwujemy znaczny wzrost odsetka pacjentów

Tabela 1. Dokumentacja medyczna pacjentów w stanie zatrucia alkoholowego – szpital i rok
Table 1. Medical records of patients in a state of alcohol intoxication – hospital and year

Szpital/Hospital Oddział szpitalny Hospital ward	SPSK nr 1 IP/Admission Room	SPWS im. Jana Bożego IP/AR	SPSK nr 1 SOR/Emergency Department	SPWS im. Jana Bożego IP/AR
Rok/Year	2001	2002	2011	2011
Dokumentacja medyczna Medical records	47,44%	52,56%	60,14%	39,86%
N	215 = 100%		557 = 100%	

Tabela 2. Częstość przyjmowania pacjentów w stanie zatrucia alkoholem w porównaniu do pozostałych przyjęć

Table 2. The admission frequency for alcohol intoxicated patients compared to other parties

Szpital/ <i>Hospital</i>	SPSK nr 1				SPSW im. Jana Bożego			
Powód przyjęcia <i>Reason of admission</i>	Rok/ <i>Year</i>							
	2001		2011		2002		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zatrucie alkoholowe <i>Alcohol intoxication</i> (N = 772)	102	4,48	335	7,72	113	9,13	222	28,68
Inny powód <i>Other reason</i> (N = 7853)	2173	95,52	4003	92,28	1125	90,87	552	71,32
Wszystkie przyjęcia <i>All admissions</i> (N = 8625)	2275	100	4338	100	1238	100	774	100
	Analiza statystyczna <i>statistical analysis:</i> Chi² = 25,37; p < 0,000001				Analiza statystyczna <i>statistical analysis:</i> Chi² = 131,22 p < 0,0000001			

w stanie zatrucia alkoholem przyjmowanych w SOR/IP w porównaniu do lat 2001/2002 – różnice o wysokiej istotności statystycznej ($p < 0,000001$) (tab. 2).

Badania wykazały, że w SPSW im. Jana Bożego przyjęcia z powodu zatrucia alkoholem występowały częściej w poszczególnych miesiącach 2011 roku, z wyjątkiem lipca, niż w roku 2002 ($p = 0,00005$) (tab. 3). Należy w tym miejscu nadmienić, że lipiec 2002 roku był pierwszym miesiącem po zamknięciu (30.06.2002) izby wytrzeźwień.

Z powodu zatrucia alkoholem we wszystkich badanych latach i obu szpitalach naj-

Tabela 3. Częstość występowania zatrucia alkoholem w kolejnych miesiącach w roku 2002 i 2011 w SPSW im. Jana Bożego (N = 335)

Table 3. The incidence of alcohol intoxication in successive months in 2002 and 2011 in SPSW im. Jana Bożego (N = 335)

Miesiąc/Month	2002		2011	
	N	%	N	%
Styczeń/January	13	11,50	58	26,13
Kwiecień/April	22	19,47	58	26,13
Lipiec/July	54	47,79	53	23,87
Październik/October	24	21,24	53	23,87
Razem/together	113	100	222	100
Analiza statystyczna / statistical analysis: Chi ² = 22,58; p = 0,00005				

Tabela 4. Charakterystyka społeczno-demograficzna wszystkich pacjentów przyjętych z powodu zatrucia alkoholem (N = 772)

Table 4. Socio-demographic characteristics of all patients admitted for alcohol intoxication (N = 772)

Szpital/ <i>Hospital</i>	SPSK nr 1				SPSW im. Jana Bożego			
	Rok/ <i>Year</i>							
	2001		2011		2002		2011	
Wiek/<i>Age</i>	39,11		40,54		38,77		40,49	
<i>Średnia/average</i>	13,06		14,61		13,09		13,14	
<i>SD</i>								
	N	%	N	%	N	%	N	%
Płeć/<i>Gender</i>								
<i>Mężczyźni/Men</i>	87	85,29	291	86,87	79	69,91	183	82,43
<i>Kobiety/Women</i>	15	14,71	44	13,13	34	30,09	39	17,57
<i>Ogółem/Total</i>	102	100	335	100	113	100	222	100
Miejsce zamieszkania / <i>Place of residence</i>								
<i>Wieś/Country</i>	19	18,63	46	13,73	20	17,71	43	19,37
<i>Miasto/City</i>	80	78,43	248	74,03	87	76,99	159	71,62
<i>Bezdomny/Homeless</i>	3	2,94	28	8,36	3	2,65	20	9,01
<i>Brak danych/No data</i>	0	0	13	3,88	3	2,65	0	0
<i>Ogółem/Total</i>	102	100	335	100	113	100	222	100

częściej przyjmowani byli mężczyźni (ponad 80%), w 2002 roku w szpitalu im. Jana Bożego obserwujemy wyższy odsetek kobiet (30,09%), niż w pozostałych badanych okresach. Średnia wieku pacjentów badanej grupy w latach 2001/2002 wynosiła 38,93, zaś w roku 2011 – 40,52, pacjenci głównie pochodzili z miasta (tab. 4).

Badania wykazały, że pacjenci przyjęci do SPSW im. Jana Bożego najczęściej mieli podawane dożylnie płyny wieloelektrolitowe (36,88%), zaś do SPSK nr 1 – zszywane rany wraz z podawaną toksyną przeciwtężcową (29,28%) (tab. 5).

Jak wynika z badań osoby z zatruciem alkoholowym najczęściej opuszczały IP/SOR samowolnie (41,97%) lub były wypisane do domu (29,27%), natomiast rzadziej kierowane na hospitalizację (6,09%) (tab. 6).

Tabela 5. Rodzaj podjętego leczenia w grupie pacjentów przyjętych z powodu zatrucia alkoholem w latach 2001/2002 i 2011 roku

Table 5. Type of treatment for the group of patients admitted for alcohol intoxication in 2001/2002 and 2011

Rodzaj leczenia <i>Type of treatment</i>	SPSK nr 1		SPSW im. Jana Bożego	
	N	%	N	%
Zszycie rany, anatoksyna przeciwtężcowa <i>Stitching, tetanus toxoid</i>	142	29,28	0	0,00
Elewacja kończyny, zaopatrzenie w gips <i>Elevation of the limb, supply of cast</i>	60	12,37	0	0,00
Podanie dożylnie płynów wieloelektrolitowych <i>Injecting fluids electrolyte</i>	96	19,79	163	36,88
Podanie leków / <i>Drug administration</i>	113	23,30	95	21,49
Obserwacja w IP/SOR / <i>Observation in AR/ED</i>	14	2,89	58	13,12
Inne leczenie / <i>Other type of treatment</i>	40	8,25	5	1,13
Pacjent opuścił IP/SOR / <i>Patient left AR/ED</i>	12	2,47	8	1,81
Brak danych / <i>No data</i>	8	1,65	113	25,57

N > 772 u niektórych pacjentów podjęto więcej niż 1 rodzaj leczenia

N > 772 some patients have taken more than one type of treatment

Tabela 6. Tryb wypisania/odejścia z IP lub SOR pacjentów przyjętych z powodu zatrucia alkoholem w latach 2001/2002 i 2011 roku (N = 772)

Table 6. Discharge mode of AR or AD of patients admitted for alcohol intoxication in 2001/2002 and 2011 (N = 772)

Tryb wypisania / <i>Mode of discharge</i>	N	%
Wypisany do domu / <i>Discharged home</i>	226	29,27
Przekazany policji / <i>Submitted to the police</i>	8	1,04
Hospitalizowany / <i>Hospitalised</i>	47	6,09
Brak zgody na hospitalizację / <i>Lack of consent to hospitalisation</i>	42	5,44
Wypisany na własne żądanie / <i>Discharged at his own request</i>	27	3,50
Samowolnie opuścił placówkę / <i>Unauthorized leave</i>	324	41,97
Brak danych / <i>No data</i>	98	12,69

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ I DYSKUSJA

Należy zakładać, że liczba pacjentów w stanie zatrucia alkoholem, ujawniona w trakcie prowadzonej analizy dokumentacji medycznej, jest znacznie niższa, niż rzeczywista skala zjawiska. Określenie realnej liczby pacjentów nietrzeźwych przyjmowanych w oddziałach pomocy doraźnej bądź z urazami, do których przyczyniła się nietrzeźwość byłoby możliwe, gdyby obligatoryjnie wykonywano badania na obecność alkoholu (analizę krwi) każdej przyjmowanej w IP/SOR osobie. Aktualnie lekarze nie mają obowiązku rutynowego sprawdzania stanu trzeźwości pacjentów, nałożenie na nich tego obowiązku pozwoliłoby określić jak wiele urazów, wypadków oraz chorób, z którymi zgłaszają się pacjenci do oddziałów pomocy doraźnej zaistniało z przyczyn związanych z alkoholem. Cherpitel i wsp., prowadzący podobne badania w przyszpitalnej stacji pogotowia ratunkowego w Warszawie, również dostrzegają, że częstość występowania wypadków, urazów oraz innych problemów, wiążących się ze spożyciem znacznej ilości alkoholu, jest wśród pacjentów oddziałów nagłych stosunkowo mało znana [10].

Autorzy badań przeprowadzonych w SOR klinicznego szpitala uniwersyteckiego w Białymstoku (analiza dokumentacji medycznej 415 osób z różnymi zatruciami w latach 2006–2007) stwierdzili zatrważająco wysoki odsetek zatruc alkoholem etylowym u chorych hospitalizowanych w SOR. Po przebadaniu całej dokumentacji okazało się, że 28% wszystkich hospitalizacji w SOR stanowiły zatrucia, z czego 31% (128 przypadków) – zatrucia etanolem. Wśród tych ostatnich zdarzył się jeden zgon chorego co, zdaniem autorów pracy, może świadczyć o stosunkowo niskiej toksyczności etanolu przy ostrych zatruciach. Ponadto autorzy badań zauważają, że chorzy zatruci etanolem często w dużym stopniu angażują personel medyczny SOR, przez co pozostali, przebywający w tym czasie w oddziale, pacjenci mogą nie otrzymać wystarczającej pomocy [11].

Jak wynika z badań własnych w szpitalnym oddziale ratunkowym SPSK nr 1 w Lublinie, jako główny powód wizyt w SOR pacjentów nietrzeźwych podawano w dokumentacji przeważnie wypadki, urazy lub choroby wynikające ze stanu po spożyciu alkoholu, natomiast samą nietrzeźwość klasyfikowano często jako powód drugorzędny (rozpoznanie współistniejące).

Z kolei w izbie przyjęć SPSW im. Jana Bożego w Lublinie, w którym w badanym okresie znajdował się oddział toksykologii, przyjmowani byli pacjenci z różnego rodzaju zatruciami, w tym w 2002 roku ponad 9% i w 2011 roku prawie 29% tej grupy stanowiły osoby w stanie zatrucia alkoholem. Znaczna liczba pacjentów nietrzeźwych nie wymagała jednak specjalistycznego leczenia i hospitalizacji w oddziale toksykologii, a jedynie podania płynów wieloelektrolitowych (36,88%), takich jak glukoza czy siarczany magnezu, chlorek sodu i/lub innych, a 13,12% pacjentów pozostawiono jedynie do obserwacji, nie stosując żadnej formy leczenia. Tak duża liczba pacjentów wymagających tylko podstawowej pomocy może świadczyć o tym, że izba wytrzeźwień byłaby bardziej odpowiednią placówką do udzielania im tego typu świadczeń

medycznych niż szpitalne oddziały, których zadaniem jest ratowanie zdrowia i życia w sytuacjach nagłego zagrożenia.

Badanie opinii pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych na temat udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom w stanie zatrucia alkoholowego wykazuje, że większość pracowników (81%) uważała, że SOR-y nie są lepszym rozwiązaniem niż izby wytrzeźwień, a jedynie 6% uważało je za właściwsze miejsce niż izby wytrzeźwień (13% osób nie miało zdania na ten temat). W tych samych badaniach ankietowanych pytano, czy kiedykolwiek mieli do czynienia z agresją ze strony pacjentów nietrzeźwych, 95% badanych spotkało się z różnymi formami agresji. Ponadto 76% osób uważa, że nietrzeźwi pacjenci często zakłócają spokój pozostałym chorym [12].

W badaniach prowadzonych przez Aftykę, polegających na analizie kart zleceń wyjazdu pogotowia ratunkowego, ustalono, że w 2009 roku wezwania do osób znajdujących się pod wpływem alkoholu stanowiły 10,5% ogółu wezwań zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) wybranych podstacji w województwie lubelskim. Analiza wykazała istotne statystycznie różnice w postępowaniu ZRM z pacjentami znajdującymi się pod wpływem alkoholu i pacjentami trzeźwymi. U pacjentów pod wpływem alkoholu częściej niż u pacjentów trzeźwych odstępowano od udzielania pomocy (odpowiednio: 6,4% i 1,7% przypadków) oraz częściej udzielano pomocy wyłącznie na miejscu zdarzenia (odpowiednio: 31,6% i 22,8%) [13].

Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych (Colorado Springs) przez 2 lata (2003–2005) miały na celu sprawdzenie przez zespoły ratownictwa medycznego, czy zastosowanie w przypadku nietrzeźwych pacjentów systemu *triage* (triaż), polegającego tu na kwalifikowaniu ich do zakładu detoksykacji lub do szpitalnego oddziału ratunkowego, okaże się skuteczne i bezpieczne. Jak wykazano, przyjęte kryteria *triage* (triażu) mogą być skutecznie wykorzystane do bezpiecznej segregacji medycznej osób nietrzeźwych. Do badań zakwalifikowano 718 osób w tym 138 osób (19,2%) przetransportowano do zakładu detoksykacji, a 580 (80,8%) – do szpitalnego oddziału ratunkowego, z czego tylko 339 pacjentów SOR zostało ostatecznie uznanych za wymagających opieki w szpitalnym oddziale ratunkowym [14].

Analiza badań własnych wykazała, że aż 41,97% osób, przyjętych w stanie zatrucia alkoholem, opuściło oddział pomocy doraźnej samowolnie, bez zgody lekarza i wypisu, 29,27% zostało wypisanych do domu, u 12,69% w dokumentacji brakowało danych na temat trybu opuszczenia oddziału IP/SOR, tylko 6,09% pacjentów skierowano na hospitalizację w innym oddziale szpitalnym, 5,44% pacjentów nie wyraziło zgody na hospitalizację.

Jak wynika z badań własnych, na przykładzie SPSW im. Jana Bożego w Lublinie można zaobserwować wyraźne zwiększenie liczby pacjentów w stanie zatrucia alkoholem w pierwszym miesiącu po zlikwidowaniu lubelskiej izby wytrzeźwień. W lipcu 2002 roku w tym szpitalu odnotowano najwięcej (47,79%) przyjęć pacjentów z zatruciem alkoholowym w stosunku do 3 pozostałych analizowanych miesięcy. Jeśli porówna się liczbę pacjentów przyjętych w 2001 r. do SPSK nr 1 oraz w styczniu

i kwietniu 2002 r. do SPSW im. Jana Bożego z liczbą pacjentów przyjętych w lipcu i październiku 2002 r. do SPSW im. Jana Bożego oraz w 2011 r. do obu szpitali, to widać wzrost przyjęć po zamknięciu izby wytrzeźwień.

Według Wrońskiej w łódzkim szpitalnym oddziale ratunkowym bywają weekendowe, nocne dyżury, na których ponad 80% pacjentów stanowią osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu. Nietrzeźwi pacjenci z urazami głowy mają wykonywaną pełną diagnostykę, łącznie z badaniem tomografii komputerowej, ponieważ stan upojenia alkoholowego nie pozwala na właściwą ocenę ich stanu neurologicznego. Zdaniem Wrońskiej jest to szczególnie niesprawiedliwe wobec osób trzeźwych, które na takie badania muszą czekać miesiącami [15]. Szerzej zakrojona dyskusja na temat wpływu likwidacji izb wytrzeźwień na liczbę pacjentów przyjmowanych w stanie zatrucia alkoholem do szpitalnych oddziałów pomocy doraźnej była niemożliwa, ze względu na brak piśmiennictwa w tym obszarze badawczym.

WNIOSKI

1. Liczba pacjentów w stanie zatrucia alkoholem przyjmowanych w izbie przyjęć i szpitalnym oddziale ratunkowym dwóch lubelskich szpitali **przed zamknięciem w 2002 r. izby wytrzeźwień** w Lublinie **była niższa**, niż dekadę później w 2011 roku (SPSK nr 1 w 2001 r. – 4,48%, 2011 r. – 7,72%; SPSW im. Jana Bożego w 2002 r. – 9,13%, 2011 r. – 28,68%).
2. Spośród wszystkich pacjentów przyjętych z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym: zatrucie alkoholem, aż **41,97% opuszczało szpital samowolnie**, bez zgody lekarza, a **tylko 6,09%** osób zostało skierowanych na **hospitalizację** w innym oddziale szpitalnym. W związku z tym faktem można wnioskować, że **większość** z omawianej grupy pacjentów **nie wymagała leczenia w szpitalu**, lecz trafiła tam z uwagi na brak właściwej jednostki do opieki nad osobami znajdującymi się w stanie nietrzeźwości – takiej jak izba wytrzeźwień.
3. Wskazane byłoby, aby Samorząd Miasta Lublina zidentyfikował przyczyny wysokich kosztów utrzymania lubelskiej izby wytrzeźwień, podjął działania w celu ich obniżenia, a następnie **rozpatrzył możliwości przywrócenia** w Lublinie **izby wytrzeźwień**.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Żulewska-Sak J (2005) Funkcjonowanie izb wytrzeźwień w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 18, (1–2), 89–103.
2. Filipiak M (2013) Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z wizytacji w izbach wytrzeźwień przeprowadzonych przez Krajowy Mechanizm Prewencji. *Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Źródła*, 6. Warszawa. http://www.brpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_RZECZNIKA_PRAW_OBYWATELSKICH_2013_nr%206_ZRODLA.pdf (dostęp 10.01.2013 r.)

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. 2004, nr 20, poz. 192).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2011, nr 237, poz. 1420).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, nr 739).
6. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230).
7. Uchwała Nr 1494/L/2002 z dnia 06 czerwca 2002 w sprawie likwidacji zakładu budżetowego pod nazwą Izba Wytrzeźwień w Lublinie. <http://um.lublin.eu/um/index.php?t=200&id=21834> (dostęp 10.12.13 r.)
8. Jurkowski A (2010) Lublin: na razie nie będzie izby wytrzeźwień. *Kurier Lubelski*. <http://www.kurierlubelski.pl/artykul/342423,lublin-na-razie-nie-bedzie-izbywytrzezwien,id,t.html> (12.01.2014 r.)
9. Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie (2008) *Menedżer Zdrowia*, 4, czerwiec http://www.nfz-lodz.pl/index.php/component/docman/doc_download/121-jednorodne-grupy-pacjentow-przewodnik-po-systemie?Itemid=63 (14.01.2014 r.)
10. Cherpitel ChJ, Moskalewicz J, Świątkiewicz G (2004) Drinking patterns and problems in emergency services in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 39 (3), 256–261.
11. Wojewódzka-Żeleznikowicz M, Czaban SL, Poniatowski B, Ładny JR (2009) Zatrucia – epidemiologia, diagnostyka i leczenie w oddziale ratunkowym. *Postępy Nauk Medycznych*, 6, 480–484.
12. Rudnicka-Drożak E, Misztal-Okońska P, Młynarska M (2013) Opinia pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem – doniesienie wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94 (3), 577–582.
13. Aftyka A (2012) Ocena funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego w państwowym ratownictwie medycznym. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Uniwersytet Medyczny w Lublinie. http://dlibra.umlub.pl:8080/Content/25/2012_008.pdf (dostęp: 20.08.2013 r.)
14. Ross DW, Schullek JR, Homan MB (2013) EMS Triage and Transport of Intoxicated Individuals to a Detoxification Facility Instead of an Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 61 (2), 175–184.
15. Wrońska M (2008) Szpitalne oddziały ratunkowe a ludzie bezdomni i z problemem alkoholowym. *Medycyna Intensywna i Ratunkowa*, 2, 118–119.

Adres do korespondencji/Correspondence to

Patrycja Misztal-Okońska

Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej

z Pracownią Ratownictwa Medycznego

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Collegium Maximum

ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin

tel. (81) 448 6830

e-mail: patrycja.misztal@wp.pl

Otrzymano/Submitted: 24.10.2013

Przyjęto do druku/Accepted: 26.02.2014